

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1913.

THÈSE

N^o
340

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

JEAN CUVILLIER

EXTERNE DES HÔPITAUX

LAURÉAT DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE (PRIX D'OTOLOGIE, 1911)

Né à Paris, le 2 novembre 1885.

Contribution à l'étude
du
Cancer de l'Oreille

Président : M. HARTMANN, Professeur.

PARIS
G. STEINHEIL, ÉDITEUR
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1913

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

année 1913.

THÈSE

340
N^o

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

JEAN CUVILLIER

EXTERNE DES HÔPITAUX

LAURÉAT DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE (PRIX D'OTOLOGIE, 1911)

Né à Paris, le 2 novembre 1885.

Contribution à l'étude

du

Cancer de l'Oreille



Président : M. HARTMANN, Professeur.

PARIS
G. STEINHEIL, ÉDITEUR
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1913

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen..... M. LANDOUZY.

Professeurs..... MM.

Anatomie.....	NICOLAS.
Physiologie.....	Clt. RICHET.
Physique médicale.....	WEISS.
Chimie organique et Chimie minérale.....	DESGREZ.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....	ACHARD.
Pathologie médicale.....	WIDAL.
Pathologie chirurgicale.....	TEISSIER.
Anatomie pathologique.....	LEJARS.
Histologie.....	MARIE (Pierre).
Opérations et appareils.....	PRENANT.
Pharmacologie et Matière médicale.....	N....
Thérapeutique.....	POUCHET.
Hygiène.....	MARFAN.
Médecine légale.....	CHANTEMESSE
Histoire de la Médecine et de la Chirurgie.....	THOINOT.
Pathologie comparée et expérimentale.....	LETULLE.
	ROGER.
Clinique médicale.....	CHAUFFARD.
	GILBERT
	DEBOVE.
	LANDOUZY.
Clinique des maladies des enfants.....	HUTINEL.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GAUCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale..	BALLET (Gilbert).
Clinique des maladies nerveuses.....	DEJERINE.
	DELBET (Pierre).
Clinique chirurgicale.....	QUENU.
	RECLUS.
	HARTMANN.
Clinique ophtalmologique.....	DE LAPERSONNE.
Clinique des voies urinaires.....	LEGUEU.
	BAR.
Clinique d'accouchements.....	PINARD.
	RIBEMONT-DESSAIGNES.
Clinique gynécologique.....	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile.....	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique.....	ROBIN.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
BALTHAZARD	DUVAL (Pierre).	LEQUEUX.	RATHERY.
BERNARD (Léon).	GOUGEROT.	LERI.	RETTERER.
BRANCA.	GREGOIRE.	LOEPER.	RICHAUD.
BRINDEAU.	GUENIOT.	MACAIGNE.	ROUSSY.
BROCA (André).	GUILLAIN.	MAILLARD.	ROUVIERE.
BRUMPT.	JEANNIN.	MORESTIN.	SCHWARTZ.
CAMUS.	JOUSSET.	MULON.	SICARD.
CARNOT.	LABBE (Marcel).	NICLOUX.	TERRIEN (F.).
CASTAIGNE.	LAIGNEL-LAVASTINE.	NOBECOURT	TIFFENEAU.
CHEVASSU.	LANGLOIS.	OKINCZYC.	ZIMMERN.
CLAUDE.	LECENE.	OMBREDANNE.	
COUVELAIRE.	LENORMANT.	PROUST.	

Le Secrétaire de la Faculté : DESTOUCHES.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ou improbation.

A MES PARENTS

A MON ONCLE

LE DOCTEUR CUVILLIER

A MES AMIS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

- A M. le Professeur agrégé WALTHER, chirurgien de la Pitié.
- A M. le Professeur TERRIER (*in memoriam*).
- A M. le Professeur agrégé GOSSET.
- A M. le Docteur LE NOIR.
- A M. le Docteur THIBIERGE.
- A M. le Docteur AVIRAGNET.
- A M. le Professeur agrégé SÉBILEAU.
- A M. le Docteur LOMBARD, oto-rhino-laryngologiste de l'hôpital Laënnec.
- A M. le Professeur agrégé POTOCKI.
- A M. le Docteur LEMAITRE, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux.
- A M. le Docteur RAVAUT, médecin des hôpitaux.
- A M. le Docteur WEIL-HALLÉ, médecin des hôpitaux.
- A M. le Docteur GRIVOT, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux.

A M. le Professeur HARTMANN

Chirurgien de l'hôpital Laënnec.

*Qui m'a fait le grand honneur d'accepter
la présidence de cette thèse.*

INTRODUCTION

Pendant notre année d'externat chez notre maître, M. le Prof^r agrégé Sébilleau, il nous a été donné de suivre deux malades atteints d'épithélioma du conduit, l'un ayant envahi la mastoïde de très bonne heure, l'autre s'étant rapidement étendu à la caisse et au-delà.

Etant donné la rareté du cancer de l'oreille et l'intérêt que présentait cette affection, nous avons été amené, à l'instigation de notre maître, M. Lombard, à faire une étude générale de cette question peu étudiée en France.

Nous nous permettons de remercier M. le D^r Sébilleau, qui a bien voulu nous laisser insérer dans ce travail les deux observations des malades traités dans son service, ainsi que M. le D^r Lombard, qui nous a guidé dans la question.

Nous eûmes, en août 1911, à constater un épithélioma du conduit à sa phase de début. Malheureusement nous ne pouvons indiquer quelle a été l'évolution de cette tumeur, le malade ayant depuis lors négligé de répondre à notre appel.

Nous pouvons donc, dans ce travail apporter trois observations détaillées de cancers primitifs de l'oreille, de types cliniques et de variétés histologiques différents, auxquelles nous pouvons joindre une observation de

tumeur, strictement localisée à la mastoïde, survenue chez une vieille femme ayant été opérée antérieurement d'une tumeur du sein.

Nous avons, de plus, inséré une observation de Lucœ, concernant une tumeur du conduit, guérie par application de poudre de sabine et d'alumine ; et trois observations de Leidler, ayant trait à des néoplasmes de l'oreille moyenne ; celles-ci nous ont paru intéressantes, car elles groupent tous les symptômes que l'on peut avoir à constater en présence de semblables tumeurs.

Qu'il nous soit permis avant de commencer ce travail, d'adresser à notre premier maître, le D^r Cuvillier, l'hommage de notre profonde affection et de notre infinie reconnaissance. Il nous a initié à la pratique des examens oto-laryngologiques, et n'a jamais cessé de nous témoigner le plus grand intérêt. Nous joignons à son nom, celui de M. le D^r Vassal, son assistant et ami, dont les conseils journaliers nous ont été si précieux.

Notre gratitude va également à M. le D^r Sébilleau, dont l'enseignement nous fut si profitable pendant l'année que nous avons passée dans son service.

Nous tenons aussi à remercier d'une façon toute spéciale M. le D^r Lombard, dont les lumineuses leçons qu'il nous a quotidiennement données depuis trois ans, ont puissamment contribué à préciser notre connaissance de la spécialité.

AM. le D^r Thibierge, nous adressons l'hommage de notre reconnaissance pour le précieux enseignement qu'il n'a jamais cessé de nous donner, et aux côtés duquel nous retrouvons toujours un si bienveillant accueil.

Nous ne saurions oublier non plus M. le D^r Baldenweck, ancien assistant des hôpitaux, que nous sommes heureux de considérer comme un excellent ami. Qu'il nous permette de le remercier de l'amabilité avec laquelle il nous a aidé dans ce travail, de ses observations et de ses conseils.

Enfin, nos respectueux remerciements vont à M. le Prof^r Hartmann, pour l'honneur qu'il a bien voulu nous faire en acceptant la présidence de cette thèse.

HISTORIQUE

Le cancer de l'oreille ne paraît avoir été individualisé qu'assez tard.

En 1875, Schwartze rapporte un cas de cancer primitif épithélial de l'oreille moyenne. Bürkner, dans son article « Beiträge zur Statistik der Ohrenkrankheiten », publié en 1884, fait remarquer l'extrême rareté du cancer auriculaire, et jusqu'à lui, il ne retrouve que 8 cas de Grüber, 3 de Heidinger, 1 de Lucæ et 1 de Newarth, et encore un de Zaufal. Soit 14 cas de carcinomes sur un total de 43,730 malades examinés dans les diverses cliniques.

Deux ans plus tard, Rasmüssen et Schmiegelow (1886), publient un cas d'endothéliome, ayant eu comme point de départ l'oreille moyenne.

Depuis cette époque, les spécialistes ont publié de nombreuses observations sur le sujet : le peu de fréquence du mal les ayant incités à communiquer leurs observations.

On trouve actuellement dans la littérature à peu près une centaine de cas de cancers de l'oreille.

Dans les livres des maladies de l'oreille, les maladies cancéreuses sont décrites très brièvement et ces livres ne concluent pas sur la fréquence des tumeurs.

Schwartze lui-même, dans son article (*Handbuch der*

Ohreinheilkunde Bd. 2, S. 610), sur la chirurgie de l'oreille, en traite rapidement.

En 1887, Kretschmann rapporte 16 cas personnels. Trois travaux importants sur l'oreille moyenne sont à détacher des nombreuses notes publiées :

Ce sont ceux de Lucae, de Zéroni et plus récemment celui de Leidler.

Bezold (1895), fit un travail de statistique et constata que sur 20,468 malades atteints de maladies de l'oreille, 7 seulement présentaient des néoplasmes malins dont 4 étaient des épithéliomas.

On peut donc affirmer nettement que le cancer de l'oreille est une maladie rare.

Ces cancers apparaissent rarement avant 40 ans, ordinairement entre 40 et 60.

Langes a publié une observation d'un homme de 83 ans, et Mathewson cite le cas d'une femme âgée seulement de 27 ans.

CANCER DU PAVILLON

Étiologie. — Le cancer du pavillon apparaît ordinairement au delà de 40 ans. On trouve toutefois dans la littérature quelques statistiques où les malades avaient un âge moindre. Weissberger (Thèse de Munich, 1908), sur 30 cas de cancers primitifs du pavillon relatés dans les dix dernières années en rapporte 7 au-dessus de 40 ans. Rüttin cite le cas d'une femme de 32 ans.

Il ne semble pas que le sexe ait une influence spéciale et malgré l'étiologie souvent invoquée du port de boucles d'oreilles, une plus grande fréquence dans le sexe féminin n'est pas évidente.

On a prétendu que ces tumeurs étaient plus fréquentes à droite et on a incriminé comme cause l'action de se gratter avec l'auriculaire droit ; mais nos recherches ne semblent pas prouver cette prédominance du côté droit.

Nous avons trouvé dans les cas rapportés un nombre sensiblement équivalent de malades atteints de l'oreille gauche.

Cependant Kretschmann, sur 16 cas de néoplasmes de l'oreille, en cite 11 à droite ; mais il semble qu'il n'y a là qu'une pure coïncidence.

On a invoqué comme cause prédisposante, les verrues, les nævi pigmentaires, les traumatismes répétés et la

transformation possible d'hématomes chez les boxeurs et les lutteurs.

Bouisson a montré que l'eczéma et les lésions de grattage qu'il entraîne, provoquent sur le pavillon une irritation permanente qui peut le faire dégénérer en cancroïde. Il en est de même de l'impétigo et des psoriasis.

Weissberger, dans son travail statistique, trouve que sur 30 cancers du pavillon : 6 seraient imputables à des traumatismes, 4 à l'eczéma, 2 à des verrues et 2 autres à des engelures répétées ; dans les 12 autres cas il fut impossible d'en trouver l'étiologie.

Haug rapporte la transformation d'un lupus en carcinome chez une femme de 42 ans.

Anatomie pathologique. — Le siège du cancer du pavillon semble être le plus souvent le bord de l'hélix et cela s'expliquerait en partie par sa position facilement accessible aux traumatismes et aux troubles de nutrition.

Plus rarement le cancer occuperait le lobule. Weissberger en trouve 4 cas sur 30 cancers du pavillon : dans 3 cas, le port des boucles d'oreilles pouvait être incriminé et dans un la présence d'un érythème chronique. A ces causes il faut ajouter le grattage répété avec l'auriculaire. Duplay, Velpeau rapportent chacun un cas de cancer primitif du lobule avec envahissement rapide des régions voisines.

Il semble pourtant que le cancer du lobule ait une individualité un peu spéciale et un développement plus lent. Il se cantonne longtemps au lobule avant d'envahir les autres régions.

Herzfeld cite à l'appui de cette théorie, le cas d'une femme de 46 ans, dont nous rapportons à la fin de notre travail l'observation complète et dont la tumeur évolua très lentement pendant trois ans.

Au point de vue anatomo-pathologique, on peut classer les tumeurs selon la *fréquence* des types histologiques.

Le plus fréquent, de beaucoup, est l'*épithélioma pavimenteux* que l'on peut diviser en *épithélioma lobulé*, donnant la forme dite cancroïde et en *tubulé* ou polyadénome (Broca).

L'*épithélioma pavimenteux lobulé* est une tumeur blanchâtre, sèche, d'aspect granuleux, criant sous le bistouri et friable. Par pression sur la coupe on fait sourdre quelques filaments vermiciformes.

Histologiquement, on trouve un stroma à limites peu précises, qui entoure la tumeur et envoie des cloisons qui séparent les lobules. Ceux-ci sont composés à la périphérie de cellules cylindriques qui vont en se déformant vers le centre du lobule et reproduisent les cellules du corps de Malpighi : Stratum granulosum et couche cornée représentée par les globes perlés.

Par prolifération, les cellules viennent au contact du périchondre et s'insinuent entre les chondroblastes dans la masse du fibro-cartilage.

Bien moins fréquent est l'*épithélioma tubulé* constitué par de longs tubes de cellules épithéliales qui ne subissent pas l'évolution des éléments épidermiques. Ils prennent naissance dans les glandes sudorifères ou sébacées, dont le canal et le cul-de-sac terminal se remplissent de cellules

épithéliales, qui distendent les parois ; des anastomoses se forment alors entre les conduits voisins.

Kipp a signalé un *seul cas d'épithélioma cylindrique* du pavillon.

Le *sarcome* se rencontre moins fréquemment, c'est alors dans le type encéphaloïde, une tumeur plus molle souvent ecchymotique ressemblant quelquefois au début à un angiome, mais non pulsatile et à marche très rapide ; plus fréquent est le *sarcome fusiforme*, de consistance plus dure et d'évolution moins rapide que le précédent.

Dans quelques cas, c'est un sarcome à cellules radiées avec par place du tissu intercellulaire très lâche, dans les mailles duquel on trouve des cellules étoilées.

Jamais il n'a été constaté de sarcome mélanique, ni à myéloplaxes.

Beaucoup plus rarement nous retrouvons le carcinome et il ne faut accepter comme tel qu'une tumeur de ce type histologique nettement décrite, car les auteurs allemands emploient toujours ce terme comme synonyme de cancer.

Il est difficile de dire si l'on retrouve plus fréquemment telle variété que telle autre selon le siège de la tumeur. Pourtant dans deux cas de néoplasmes du lobule (Hertzfeld, Citelli), on avait affaire à des sarcomes. Senff est d'avis opposé, sur onze sarcomes du pavillon, il n'en a trouvé que deux au lobule. Il n'est donc pas permis d'en tirer une conclusion.

L'évolution anatomique de ces tumeurs est relativement peu rapide, comparée à celle de semblables tumeurs sur d'autres parties de la peau. Néanmoins, on

ne peut pas penser qu'il y ait arrêt dans la prolifération de cellules et guérison anatomique par enkystement.

Symptômes. — Le début se présente de façon insidieuse, revêtant l'aspect d'une petite verrue. Souvent même le malade ressent en se palpant le pavillon un simple épaissement, de consistance plus dure que les parties avoisinantes, mais non douloureux. La peau est soulevée à ce niveau sans présenter de coloration spéciale. C'est là du reste un mode de début que l'on retrouve aussi dans le conduit ; tel ce malade observé par nous récemment et dont nous relatons l'histoire plus loin (Observ. III).

Dans d'autres cas, la tumeur prendra naissance sur un point déjà infiltré par un eczéma permanent.

La tumeur augmentant pourra prendre l'aspect au lobule de l'oreille, d'une masse sphérique, légèrement ecchymotique pouvant avoir la grosseur d'une noix. Dans le cas de Hertzfeld, la tumeur avait un diamètre de 3 cent. sur 1 cent. 5 sans que la peau fut ulcérée, et présentait seulement au moment des règles une couleur violacée.

Senff rapporte un cas d'épaississement du lobule (trois fois le volume normal), au-dessous du trou de la boucle d'oreilles ; la peau était mince, de teinte cyanotique mais intacte. L'épaississement s'étendait sur le bord libre de l'hélix, la tumeur mesurant de la sorte 5 centimètres.

Toutes les parties du pavillon peuvent donner lieu au point de départ du cancer ; la face postérieure de la

conque (Karrer), la paroi antérieure (Nager) et la région du tragus.

La tumeur envahit progressivement toutes les parties du pavillon et peut alors s'ulcérer. A partir de ce moment, les bords de l'ulcération sont décollés, dentelés, anfractueux, laissant s'écouler par la plaie un liquide fétide et sanieux.

La tumeur, assez friable, s'élimine et peut donner lieu à des pertes de substance considérable.

Les ganglions régionaux manquent assez souvent et lorsque l'on en trouve, il se peut que la destruction intense et la suppuration suffisent à provoquer leur tuméfaction.

Jamais on n'a noté de métastases à l'examen microscopique des ganglions et ceux-ci semblent être toujours inflammatoires.

Les *douleurs* ne sont pas constantes au pavillon mais elles sont de règle au lobule ; ce sont des douleurs lancinantes, sans répit, qui finissent par mettre le malade dans un état de nervosité extrême.

Les *hémorragies* sont rares et ne présentent jamais de gravité bien grande.

Evolution. — Le cancer du pavillon évolue assez lentement et y reste relativement localisé (trois ans pour un cas d'Urbantsehich et quatre ans pour celui de Hertzfeld).

Pourtant la tumeur peut gagner le conduit et se propager à la mastoïde. On ne signale pas de métastase et cela peut s'expliquer par l'absence probable de l'essaimage des cellules cancéreuses dans les voies lymphatiques ainsi que tend à le prouver par ailleurs l'absence de retentissement ganglionnaire.

Karrer rapporte le cas d'un homme de 73 ans, présentant un épithélioma du pavillon droit, neuf mois après l'opération d'un épithélioma de la lèvre, mais tous les deux seraient apparus en même temps.

Diagnostic. — Le diagnostic *positif* devra se faire par l'évolution de la tumeur, sa consistance, sa coloration, sa tendance à proliférer, et plus tard par l'ulcération, l'écoulement perpétuel de liquide sanieux et la perte de substance.

Au début, on devrait éliminer les verrues, les naevi et toutes les malformations congénitales et, par conséquent, les fibro-chondromes branchiaux.

Le kyste dermoïde pourra prêter à confusion, mais sa présence est extrêmement rare au pavillon ; Citelli rapporte le *seul cas existant sur le lobule*.

On devra penser à l'angiome en face d'une tumeur existant depuis la naissance et s'étant développée progressivement. La tumeur saigne de temps à autre, elle est de couleur sombre, de consistance molle et saignant facilement au contact. On la trouve le plus souvent au lobule, quelquefois sur la face antérieure du pavillon.

Le fibrome est une tumeur qui existe assez fréquemment au lobule de l'oreille ; elle est souvent consécutive au port de boucles d'oreilles trop lourdes. Sa forme est globuleuse, sans irritation de l'épiderme susjacent, l'évolution est lente, sans tendance à l'ulcération, et l'accroissement se fait dans la masse sans gagner les parties voisines.

Nous signalons l'éléphantiasis du pavillon qui est une tumeur extrêmement rare, prenant volontiers tout ou

la plus grande partie du pavillon en masse. Il existe du reste une confusion nosographique en ce qui concerne les affections classées sous ce nom et dans lesquelles on reconnaît tour à tour des lymphangiomes, des hypertrophies congénitales, des manifestations eczémateuses ou bacillaires.

On devra enfin éliminer la tuberculose nodulaire, le lupus et penser à sa transformation possible en cancer (Haug), ce qui n'a été observé qu'une fois ainsi que les accidents tertiaires de la syphilis.

Traitement. — Le cancer du pavillon peut être diagnostiqué à une période assez voisine du début de son évolution, ses symptômes sont observés aisément par le malade qui est amené à consulter alors que la tumeur est bien localisée à cette région de l'oreille.

Le traitement de choix sera, après biopsie s'il y a un doute sur la nature de la tumeur, l'ablation la plus large possible. S'il se produisait une récurrence sur le moignon, on pourrait alors employer des caustiques liquides ou mieux des applications de radium ou de rayons de Roëntgen. Le galvanocautère, la neige carbonique pourront rendre de grands services.

On sait du reste que c'est surtout sur ces épithéliomas cutanés localisés que les agents physiques ou chimiques agissent avec le plus de succès.

CANCER DU CONDUIT

Si l'étude des tumeurs du pavillon est facilement délimitable du fait même que ces tumeurs s'offrent directement à la vue, autrement difficile est celle des tumeurs du conduit, et bien souvent il sera impossible d'en trouver le point de départ exact. Si naturellement on examine une tumeur située dans les premières portions du conduit auditif externe et laissant découvrir les parties les plus internes, le point de départ et le siège pourront en être facilement délimités, et ses symptômes étudiés avec leur caractère propre. Mais si, comme il arrive souvent, la tumeur est implantée au fond du conduit, près du tympan, rapidement, elle aura détruit la membrane tympanique et envahi les cavités de l'oreille moyenne.

Dans ce cas, au moment de l'examen, il sera impossible de trouver le point initial — caisse ou conduit — et les symptômes que présentera le cancer seront ceux d'un néoplasme de l'oreille moyenne.

Nous nous étendrons donc uniquement dans ce chapitre sur les tumeurs visiblement développées dans le conduit. Nous étudierons celles que les résultats opératoires ou les autopsies permettraient seulement de constater comme attenant au conduit avec les tumeurs de l'oreille moyenne. Ce chapitre en sera quelque peu écourté, mais évitera

de faire deux fois une symptomatologie qui serait identiquement la même.

En résumé et schématiquement, nous pourrions dire que le cancer du conduit auditif externe se présente dans deux conditions différentes.

Ou bien il siège dans la moitié ou les 2/3 externes du conduit auditif et alors il ressemble tant dans sa symptomatologie que dans son évolution anatomique, au cancer du pavillon ou plutôt à un cancer cutané quelconque. C'est lui que nous aurons en vue dans ce chapitre.

Ou bien il siège dans la moitié interne du conduit et il procède, surtout au cours de son évolution des tumeurs malignes de la caisse dont il peut offrir à un degré variable les différentes modalités cliniques, c'est avec elles que nous l'étudierons.

Dans un cas, nous constaterons surtout des symptômes physiques relevant de l'aspect même du type anatomique de la néoplasie.

Dans l'autre cas, au contraire, prédomineront les symptômes fonctionnels où, en dehors des douleurs communes avec la forme précédente, nous serons appelés à voir : l'écoulement abondant, les hémorragies répétées, la paralysie faciale.

Sans trop d'exagération, l'on pourrait dire que la première forme se voit surtout au niveau du conduit membraneux et la deuxième au niveau du conduit osseux.

Etiologie. — L'étiologie est obscure, la cause qui paraît être la plus fréquente est la présence d'une otorrhée ancienne causant une irritation constante des parois du conduit,

L'eczéma et les lésions de grattage qu'il entraîne ont été souvent incriminées. Des épithéliomas ont pu se greffer sur des naevi et des verrues (Krepuska, Treitel). Enfin plusieurs auteurs ont noté la transformation de polypes issus de la caisse en masses sarcomateuses (Barr, Milligan, Permewace).

D'après les statistiques, les cancers du conduit auditif externe sont rares. En 1903, Weissberger, dans une statistique des 10 dernières années, trouva dans la littérature, 21 cancers primitifs, dont 10 étaient dus à des otites moyennes antérieures, 3 à de l'eczéma et les 8 autres n'avaient pas d'étiologie connue.

Le sexe ne paraît avoir aucune influence. Sur 53 cas rapportés de cancers du pavillon et du conduit, il y avait 24 hommes et 20 femmes, les autres observations n'ayant pas indiqué le sexe (Weissberger).

Rarement le cancer apparaît avant 40 ans.

Dans les 3 cas que nous avons constatés (2 hommes et 1 femme) les malades avaient respectivement 54, 54, 46 ans (obs. I, II, III).

Anatomie pathologique. — Deux sortes de tumeur maligne se rencontrent dans le conduit. Ce sont l'*épithélioma* et le *sarcome*.

L'épithélioma a une marche moins rapide et reste plus longtemps circonscrit, alors que le sarcome présente très fréquemment l'aspect de grosses masses bourgeonnantes récidivant très rapidement après ablation.

L'épithélioma est dur, blanchâtre, alors que le sarcome, irrigué par les vaisseaux, est rouge et de consistance plus molle.

Dans le cas de notre observation III, la tumeur enlevée, de la grosseur d'un pois, était exsangue, dure et largement implantée.

Le *siège* de ces tumeurs est extrêmement variable, et les 4 parois du conduit peuvent en être le point de départ. Pourtant, nous avons constaté pour 2 de nos malades (obs. I et III), un point de départ sensiblement le même : la paroi antéro-inférieure du conduit dans sa portion externe membraneuse ; ces 2 cas étaient des épithéliomas.

Dans d'autres cas, nous avons constaté le point de départ sur la paroi postérieure (obs. II).

Histologiquement, nous étudierons surtout l'*épithélioma* qui offre beaucoup plus d'intérêt. Il a fait l'objet d'une étude récente de Haug à laquelle nous empruntons la majeure partie des détails qui suivent.

Si l'on part d'un des points sains, on voit l'infiltration cancéreuse commencer par une prolifération cellulaire en largeur et en profondeur et présentant ça et là des figures kariokinétiques et plus on se rapproche de la néoformation, plus les rangées cellulaires épaississent avec leur épithélium basal cylindrique dans la profondeur et reposant en beaucoup de points sans aucune limite sur des boyaux cancéreux.

En même temps on peut voir déjà dans cette zone des glandes différentes (cérumineuses et sébacées) progressivement envahies par les éléments cellulaires. Puis les travées deviennent de plus en plus fréquentes et plus grosses et présentent un aspect dendritique dont les branches croissent elles-mêmes de leur côté vers le tissu cellulaire, le cartilage, etc..., et leur substituent du tissu

cancéreux. Toutes ces formations sont caractérisées par une couche généralement unique de cellules cylindriques épithélioïdes périphériques. De là les cellules convergent en s'enroulant de façon à faire un véritable globe perlé. Tous ces globes s'étendent dans le chorion et contre le cartilage dans les parties profondes. Les travées cellulaires voient quelquefois leurs éléments modifiés dans leurs formes par suite de la pression réciproque et de la présence d'autres éléments cellulaires. De même leur orientation arrive à être complètement modifiée mais on les reconnaît toujours comme dérivant du type cylindrique.

Le stroma peut être dans certains cas envahi par l'infiltration cancéreuse, mais il est souvent aussi le siège d'une prolifération cellulaire propre de cellules jeunes et constitue ainsi dans certains points une barrière protectrice. Le cancer s'étend d'une manière très intéressante : au début il se forme à la limite du périchondre une zone extrêmement irritative qui s'étend ensuite au cartilage ; les cellules cartilagineuses sont pressées les unes contre les autres de telle sorte que l'on trouve des foyers d'infiltration d'îlots cartilagineux polygonaux. Dans leurs interstices s'avancent les éléments cancéreux qui finissent par les envahir, dans d'autres cas les îlots cartilagineux éclatent par usure due à la pression et par nécrose.

Dans d'autres cas le stroma est le siège d'une production de faisceaux élastiques nombreux, avasculaires, ressemblant au tissu squirrheux. Dans ces cas, l'évolution se montre relativement bonne, même si le sujet est âgé.

D'après Haug, le point de départ du cancer se ferait dans les couches profondes de l'épithélium.

Symptômes. — Le cancer du conduit au début se présentera selon son siège sous des aspects différents.

Il pourra, comme dans notre cas (III), siéger dans les parties moyennes et externes du conduit, en provoquer l'atrésie et même l'obstruction complète, ce qui aura pour conséquence une diminution très notable de l'audition.

Il apparaîtra alors comme une verrue, comme un chondrome, l'épiderme qui le recouvre ne se différenciant en rien de celui des parties voisines.

Dans d'autres cas il donnera l'impression d'un furoncle. En effet, lorsque le malade que nous avons eu l'occasion de suivre vint dans le service à Lariboisière, on diagnostiqua un furoncle du conduit qui fut incisé à plusieurs reprises et ce n'est que devant l'inefficacité de tout traitement que l'on songea alors à un épithélioma.

Si au contraire le conduit est libre dans sa presque totalité, on pourra, à l'examen otoscopique du fond du conduit, apercevoir de nombreuses granulations paraissant venir de la caisse et donnant lieu à un écoulement sanguinolent et fétide : celles-ci, enlevées, récidiveront rapidement.

La tumeur s'accroissant, le conduit est bientôt obstrué ; il en résulte le symptôme dominant du cancer du conduit qui est la douleur, symptôme qui ne manque jamais.

Le début pourrait pourtant passer inaperçu et c'est ce qui se produisit dans notre dernier cas observé (obs. III). La douleur faisait complètement défaut et le malade venait consulter pour insuffisance respiratoire nasale. Ce n'est qu'au cours de l'examen qu'il se plaignit d'entendre un peu moins de son oreille gauche et que nous fûmes

amenés à regarder son oreille. Ces *douleurs* sont néanmoins décrites par tous les auteurs, elles prennent chez certains malades un caractère d'acuité tel que ceux-ci songent au suicide. Elles siègent dans l'oreille, irradient dans la région du cou, derrière l'oreille, fréquemment aussi au niveau de l'articulation temporo-maxillaire dont elles empêchent tout mouvement de mastication, le malade redoutant même d'ouvrir la bouche pour s'alimenter. Ces douleurs surviennent soit par crise et prennent un caractère aigu ou sont constantes et insupportables.

Le retentissement ganglionnaire n'est pas toujours en rapport avec l'étendue de la tumeur. Les ganglions pré, sous et rétro-auriculaires peuvent être pris ainsi que ceux de la région cervicale. Dans certains cas ils manquent complètement ; dans d'autres ils semblent être d'ordre purement inflammatoire et rarement l'examen histologique a permis de retrouver des métastases.

A un degré avancé, le cancer se sphacèle, laissant écouler un pus fétide, sanieux, avec débris épithéliaux et ne tarde pas à se propager aux régions avoisinantes.

En avant, l'envahissement de l'articulation temporo-maxillaire entraîne une gêne très grande de la mastication.

En arrière, la mastoïde est prise et peut simuler une mastoïdite comme dans le cas de notre observation (II) dans lequel la malade avait un conduit atrésié et tous les symptômes d'une mastoïdite chronique fistulisée pour laquelle elle fut opérée. Ce n'est que pendant l'opération que l'on constata la présence de tissu néoplasique.

Le cancer peut proliférer vers l'extérieur et gagner le

pavillon, vers la région interne, il peut envahir l'oreille moyenne. Nous nous étendrons davantage sur cette question d'envahissement au chapitre suivant.

Diagnostic. — Le *diagnostic positif* du cancer au début sera toujours difficile. Plus tard l'aspect de la tumeur avec certains points sphacelés, un suintement fétide, aucune tendance à la régression pourront mettre sur la voie du diagnostic, mais toujours il est recommandé de faire faire après biopsie un examen histologique qui évitera toute erreur.

Diagnostic différentiel. — Au début, le cancer pourra être pris pour un furoncle du conduit, comme dans le cas de notre observation I, et ce n'est que la persistance anormale de la tumeur qui fera penser à un épithélioma probable.

Dans le cas de notre observation III, le malade ne se plaignait pas de son oreille, et la tumeur présentait un aspect verruqueux : ce n'est que l'examen histologique qui nous a permis de savoir à quel genre de tumeur nous avions affaire.

L'otite externe peut même simuler le néoplasme et c'est ce qui arriva dans un cas examiné à Lariboisière il y a 3 ans, dont nous relatons à la fin l'observation V. Pendant 2 mois 1/2, le diagnostic fut impossible entre une néoplasie ou une simple irritation chronique.

A une phase ultérieure du cancer, les lésions se confondent avec celles de la portion interne du conduit et de l'oreille moyenne, et c'est à ce chapitre que nous en ferons l'étude.

Traitement. — Le traitement médical sera le même que pour les cancers du pavillon, et nous n'y insisterons pas davantage.

Le traitement chirurgical dans les cas peu avancés, consistera à enlever la tumeur le plus largement possible. On ne peut préciser de mode opératoire, attendu que le siège d'envahissement plus ou moins grand des régions voisines, conduira l'opérateur vers des régions qui ne seront découvertes qu'au cours de l'intervention.

CANCER DE L'OREILLE MOYENNE

Étiologie. — L'étiologie du cancer de l'oreille moyenne est inconnue ; cependant le traumatisme joue un rôle, si, avec Kopke, l'on fait rentrer dans ce terme les irritations inflammatoires et chroniques, chimiques et mécaniques. C'est ainsi que vraisemblablement dans l'étude du cancer de l'oreille moyenne et de la partie interne du conduit, le pus, ainsi que les granulations et les polypes, représentent un traumatisme continu. Sans doute, est-il invraisemblable que ce traumatisme soit la cause immédiate du cancer ? Beaucoup d'auteurs lui attribuent une influence restreinte mais invoquent un trouble d'involution (Cotneiscu, Ribbert), une fragilité locale, congénitale, peut-être héréditaire (Rindfleisch), ou une prédisposition générale acquise (Billroth).

D'autres auteurs (Waldeyer, Virchow) voient dans l'inflammation chronique la cause déterminante elle-même.

Age. — Dans tous nos cas les malades avaient au-dessus de 40 ans. Leidler rapporte le cas d'un jeune homme âgé seulement de 19 ans, et Zébrowsky celui d'un homme de 25 ans.

La prédominance d'un sexe sur l'autre n'existe pas.

Anatomie pathologique. - - Deux sortes de tumeur se ren-

contrent dans la partie interne du conduit et dans l'oreille moyenne. Ce sont l'*épithélioma pavimenteux* et le *sarcome*.

Dans l'oreille moyenne, le cancer part de l'épithélium, de la muqueuse et des glandes, si toutefois il y a des glandes dans l'oreille moyenne, ce que Kessel conteste.

Langes, en 1904, est le seul qui ait vu un cas de cancer à cellules cylindriques. Il pensait que le point de départ se trouvait soit au niveau des glandes tubulées de la trompe d'Eustache, soit au niveau de la muqueuse de la caisse.

Dans toutes les autres observations publiées de cancer primitif de l'oreille moyenne, il s'agit exclusivement de cellules pavimenteuses.

On a discuté souvent la question de savoir par quel moyen un épithélioma pavimenteux pouvait se développer sur la muqueuse de la caisse, puisque celle-ci est tapissée d'un épithélium cylindrique, et que le conduit est recouvert d'un épithélium pavimenteux.

Zéroni a recours à deux explications : soit métaplasie, soit aberration embryonnaire. La métaplasie bénigne de l'épithélium cylindrique en épithélium pavimenteux est très controversée, et avec Mahler il nous semble plus plausible d'admettre l'explication suivante.

Dans presque tous les cas, une suppuration ancienne de l'oreille moyenne précède la tumeur. Or, on sait que l'épithélium pavimenteux du conduit auditif externe s'étend dans l'oreille moyenne à partir de la membrane tympanique et finit par la revêtir.

C'est ce qui a été étudié pour le développement du cholestéatome. Cette immigration directe de l'épithélium

pavimentaux dans la caisse, donne une explication plus simple et l'hypothèse en paraît plus plausible.

Cette tumeur ayant gagné complètement la caisse, tend à envahir les parties voisines dans toutes les directions et nous étudierons cette question à l'évolution.

Symptômes. — Le début du cancer de l'oreille est fréquemment insidieux et ce n'est souvent qu'après l'examen otologique qu'on est amené à supposer avoir affaire à une tumeur maligne.

Dans ce cas, le malade est venu consulter pour un écoulement de l'oreille datant souvent de l'enfance : des polypes charnus obstruaient le fond de la caisse et, après leur ablation, ceux-ci n'ont pas tardé à reparaitre. C'est alors seulement que l'on a idée de recourir au microscope. Lucae, pendant 4 mois, enleva des polypes à plusieurs reprises avant de penser au néoplasme. Mahler conseille de faire examiner tout polype récidivant de la caisse, ce qui permettrait souvent d'établir un diagnostic assez précoce.

Quelquefois, l'image microscopique d'un polype ordinaire dans lequel se trouve une prolifération otitique trompe et l'on croit avoir affaire à un cancer. Néanmoins dans le polype simple, la prolifération est toujours en contact avec l'épithélium de la surface, alors que dans le cancer les masses sont plus isolées.

S'il s'agit de néoplasme, les polypes sont plus friables avec récidives rapides et hémorragies fréquentes.

Dans certains cas, ce sont les vives douleurs que ressentent les malades qui les amènent à consulter. Ces douleurs, qui ne sont pas constantes, manquent cependant

rarement; elles apparaissent par crise, et sont si souvent violentes que le malade ne peut plus les supporter.

Parfois, la douleur est continue, ne donnant pas de répit au malheureux qui devient « comme fou », Kretschmann, insiste sur ces douleurs, et les considère comme le symptôme pathognomonique du cancer de l'oreille.

L'écoulement existe toujours, soit qu'il précède la tumeur, soit qu'il soit occasionné par une infection secondaire.

Rarement, on a noté l'absence de suppuration intérieure, et presque tous les cas succèdent à une otorrhée chronique. Au début, cet écoulement est peu intense, puis il augmente, devient profus, fétide et souvent sanguinolent, entraînant avec lui des débris sphacelés.

La tumeur gagnant rapidement en étendue, ne tarde pas à envahir les régions osseuses voisines et occasionne souvent des destructions autrement considérables que dans les pires cas de cholestéatomes (Zéroni).

La *paralysie faciale* est la règle dans tous les néoplasmes de l'oreille moyenne et de la portion osseuse du conduit auditif externe.

La disposition anatomique du facial contre la caisse et le long du conduit osseux après sa réflexion, expose ce nerf de façon souvent précoce.

Dans notre cas I, la paralysie du facial survint quelques jours après l'entrée du malade dans le service. Elle survient d'emblée ou s'établit peu à peu après de petites convulsions de la moitié correspondante de la face.

Le *vertige*, signe de destruction labyrinthique, est un symptôme ordinaire qui survient tôt ou tard au fur et à

mesure que le néoplasme s'étend sur les canaux semi-circulaires.

Zéroni cite un cas de malade qui vint surtout pour des vertiges, le malade tombait du côté de l'oreille atteinte.

Le vertige peut aussi, du reste, être dû à l'irritation et à la compression du cerveau par pénétration de la tumeur dans le crâne.

Dès le début de la tumeur, peuvent apparaître des *bruits subjectifs* : bourdonnements perpétuels, sifflements, et fréquemment diminution de l'acuité auditive qui peut aller jusqu'à la surdité absolue, si le labyrinthe est touché.

L'intégrité du labyrinthe peut exister, et la surdité être néanmoins absolue par compression des fenêtres labyrinthiques.

La tumeur continuant son action destructive peut se développer dans les différents sens. Si toute l'oreille est attaquée, l'os est nécrosé, soit par compression, soit par des troubles de la nutrition à la suite desquels des éliminations peuvent se faire dans l'os temporal.

La nécrose dépasse les parois du conduit, du toit, de l'antre, du tympan, tandis que la paroi médiane et le labyrinthe résistent souvent à la destruction (obs. VIII).

Mathewson trouva la capsule du labyrinthe formant un séquestre suspendu sur le nerf auditif.

Le néoplasme peut se prolonger le long de la base du crâne et des parties voisines du cou, et pouvant donner lieu par compression à un tableau simulant la paralysie bulbaire, par paralysie unilatérale du facial, du glosso-pharyngien, du pneumo-gastrique et de l'hypoglosse (Zébrowski) (Ziégra).

En présence de la dure-mère et des vaisseaux, le néoplasme semble marquer un temps d'arrêt dans son envahissement. Au niveau de la dure-mère, il se heurte à une certaine résistance. On a noté aux autopsies à la place où le crâne est défectueux, un épaissement marqué de la dure-mère qui paraît former un rempart contre la croissance ultérieure du cancer ; souvent elle est repoussée mais reste intacte. C'est pourquoi la, méningite et le prolapsus du cerveau sont très rares.

Les *vaisseaux* : le sinus transverse et la carotide interne ont une situation très exposée (obs. VII).

Le sinus se trouvant souvent près de la paroi postérieure du conduit auditif, de telle sorte que le néoplasme peut l'atteindre rapidement.

Néanmoins, presque toujours les vaisseaux sont comprimés ou oblitérés par un thrombus, mais exceptionnellement on a constaté des hémorragies. Schwartz relate un seul cas avec hémorragie abondante.

Carmalt décrit des hémorragies probablement du sinus qui entraînèrent la mort.

Les voies lymphatiques sont fréquemment prises, mais les métastases sont relativement rares.

Peut-être en trouverait-on plus souvent si elles étaient systématiquement recherchées. La présence des *ganglions* peut être expliquée uniquement du reste par la suppuration et l'infection de la tumeur.

Dans peu de cas, ils manquent complètement, et qu'ils soient d'origine inflammatoire ou cancéreuse, ils existent d'une façon constante.

Dans quelques cas, la tuméfaction ganglionnaire est telle que les ganglions pré et rétro-auriculaires, peuvent déformer complètement ce côté de la tête.

Tous les ganglions de la région carotidienne peuvent être aussi atteints et donner lieu à des compressions nerveuses.

En avant, l'articulation temporo-maxillaire est souvent atteinte (obs. VIII) et mise à nu, ce qui a pour effet d'entraîner une gêne dans la mastication, telle que le malade ne peut plus ouvrir la bouche.

La tumeur peut gagner précocement la parotide et y comprimer à son niveau le facial qui n'avait pas encore été atteint (Obs. VIII).

Elle peut aussi envahir les parois latérales du pharynx, provoquant de pseudo-abcès latéro-pharyngiens (Haug), oblitérer la trompe d'Eustache et refouler le voile (obs. IX).

Souvent la mastoïde est prise, et dans le cas de notre malade (obs. II), celle-ci fut envahie si précocement que c'est seulement à l'opération, faite pour une mastoïdite chronique, que l'on reconnut le néoplasme.

Bien souvent, du reste, la mort par cachexie rapide atteint le malade avant qu'il y ait eu une extension très notable de la néoplasie.

Cette *cachexie* est considérée par Zéroni comme un symptôme principal qui viendrait après les douleurs.

D'après son opinion, l'hypothèse d'une toxine du cancer envahissant la circulation et atteignant tout l'organisme, trouve une excellente preuve dans le cancer de l'oreille, d'autant plus que ce cancer n'atteignant pas le tube digestif, ne peut empêcher l'alimentation.

Il a pesé ses malades, qui, tout en ayant bon appétit, perdent du poids et voient leurs forces diminuer de jour en jour.

Leidler est d'opinion différente et pense que la cachexie est liée intimement à la destruction et à l'anémie plutôt qu'à un poison spécifique secrété par le cancer.

La cachexie, qui apparaît prématurément et augmente rapidement, est un bon signe diagnostique du cancer.

Le *pronostic* est très défavorable, et à part le cas de Lucæ (obs. VI), la durée totale de survie ne dépasse guère un an (obs. I et II).

Haug cite un cas qui a duré 4 ans, et Treitel, un de 8 ans.

Après la cachexie, la méningite est cause de mort, et si le pneumo-gastrique est atteint, la mort peut être occasionnée par pneumonie et par paralysie du cœur.

Diagnostic. — Le *diagnostic positif* du cancer de l'oreille moyenne et du conduit auditif externe dans sa portion osseuse, pourra être difficile au début, et l'examen histologique seul renseignera utilement sur la nature des granulations.

Plus tard, l'écoulement, les douleurs, la paralysie faciale, la cachexie rapide, feront penser à une néoplasie, et toujours une biopsie devra être faite, qui indiquera nettement à quelle tumeur on a affaire.

Leidler pense que la radiographie devra rendre de grands services, lorsqu'on aura une technique et une pratique plus grandes de cette méthode.

On peut en effet espérer que la radiographie fera faire le diagnostic dans les cas de petites destructions des parois osseuses de l'oreille externe, comme on en voit

dans les cholestéatomes (Leidler et Schiller, *Soc. antr. d'otol.*, 1908), mais même dans les cancers avancés, où il y a peu ou pas de symptômes caractéristiques.

Les différentes épreuves d'audition permettront de connaître quel est l'état de l'appareil auditif. Les épreuves nystagmiques, particulièrement, nous renseigneront utilement sur l'état du labyrinthe vestibulaire ; grâce à elles, dans le cas de vertige, nous pourrons faire la part de ce qui revient à l'oreille interne ou de ce qui pourrait être produit uniquement par compression centrale.

On devra rechercher les nystagmus calorique et rotatoire. Nous ne nous étendrons pas sur le mode de recherches actuellement bien connu, ni sur la pathogénie de ces symptômes, encore très discutée. Nous dirons simplement que si le nystagmus provoqué par injection (d'eau froide de préférence) dans l'oreille malade ne donne pas de nystagmus rotatoire du côté opposé, il ne faudra pas se hâter de conclure à une destruction labyrinthique.

En effet, les masses néoplasiques interposées pourront constituer un coussinet protecteur contre l'action thermique et ainsi fausser le résultat.

Aussi, dans ces cas, devons-nous toujours rechercher le nystagmus provoqué par giration. Si alors il n'y a pas de réaction nystagmique, on sera en droit de conclure à une destruction vestibulaire. Il ne faudra pas négliger de rechercher le nystagmus voltaïque suivant la méthode de Babinski.

Le *diagnostic différentiel* n'est à faire qu'avec les granulations de la caisse, les polypes et le cholestéatome. Mais celui-ci est moins rapide dans son évolution et n'entraîne pas la cachexie brusque du cancer.

L'histologie montre dans le cholestéatome des cellules du type pavimenteux, puisqu'il est formé par la desquamation épidermique, mais jamais on ne trouvera les globes cornés qui sont la caractéristique de l'épithélioma.

Nous laissons ici volontiers de côté la question de cholestéatome primitif, encore très discutée et que certains auteurs considèrent d'ailleurs comme une véritable néoplasie.

Traitement. — Le cancer de l'oreille moyenne peut être traité soit médicalement, soit chirurgicalement ; cela dépendra de la gravité des cas, de l'état d'évolution des lésions néoplasiques et de la plus ou moins grande rapidité de prolifération des tissus.

Contre les bourgeons charnus récidivant peu rapidement, on pourra employer les différents caustiques liquides : acide chlorhydrique dilué, acide chromique au 1/10, chlorure de zinc 1/10, nitrate d'argent.

En aucun cas, du reste, ces applications si répétées soient-elles, n'arrêteront pas la marche des lésions, car elles ne pourront agir que sur un espace limité par le diamètre du conduit.

Un seul cas de guérison par cette méthode existe dans la littérature, indéniable cependant, vu la notoriété de l'auteur. Lucae rapporte dans une observation très détaillée (Obs. VI) le cas d'un homme de 31 ans, atteint d'un cancroïde typique avec globes cornés, qui avait récidivé après chaque tentative opératoire, tandis que l'application de poudre de sabine et d'alumine amena la cessation des douleurs, l'arrêt de croissance de la

tumeur et finalement la guérison complète. Ce cas a été suivi de 1887 à 1907.

Cette observation ne rentrait-elle pas dans ce cas de guérison spontanée des tumeurs que certains auteurs ont affirmé récemment, ou bien y a-t-il vraiment là une véritable efficacité thérapeutique ?

Nous ne trancherons pas la question.

Si le cancer semble inopérable, on devra avoir recours aux agents physiques que les découvertes modernes ont pu mettre à notre disposition, c'est-à-dire applications de radium et rayons X.

Il semble du reste difficile de dire quels sont les cancers opérables et les cancers inopérables. Pour Schwartz (Maladies chirurgicales de l'oreille, 1885, p. 229), « toute intervention opératoire sur une tumeur « maligne qui part de l'oreille moyenne doit être écartée, « elle ne pourrait que hâter la mort. »

Il semble, à l'appui de cette théorie, que des tumeurs se soient développées plus rapidement après l'opération (Treitel, Hamon du Fougeray). De plus, selon Mahler, il est difficile de dire à quel point le cancer a fait des progrès et c'est seulement l'état du labyrinthe par les épreuves nystagmiques et les paralysies par compression nerveuse qui pourront approximativement donner des renseignements sur le degré d'envahissement de la tumeur. Politzer remarque que des dépôts cancéreux métastatiques dans l'os temporal peuvent être situés très loin du néoplasme primitif, très limité localement.

A l'encontre de cette théorie, Leidler prétend que les métastases sont fort rares et considère qu'il n'y a pas

de contre-indications formelles : le cancer de l'oreille étant relativement bénin et d'évolution assez lente.

D'autre part, la majorité des spécialistes est d'avis que les douleurs sont calmées par l'opération et ce fait suffit à la justifier.

On aura donc recours à l'opération radicale, opération qui sera forcément atypique, attendu que l'on devra s'efforcer d'enlever à la curette le plus possible de tissus cancéreux.

Si la tumeur n'est pas trop développée, Leidler conseille de ne pas hésiter à enlever la dure-mère malade, et même la substance blanche avoisinante, d'ouvrir le labyrinthe (obs. VII), puisqu'on ne craint plus aujourd'hui son ouverture, et qu'autour de l'oreille il n'y a pas de partie du cerveau importante pour la vie.

Il est évidemment certain que dans ces conditions il y a un gros danger de méningite et de prolapsus du cerveau.

Mahler, dans son observation, fit après son opération, un traitement de Röntgen en vue d'influencer le tissu néoplasique, et les résultats en montrèrent l'inefficacité.

On ne trouve que 2 cas de guérisons consécutifs à des interventions, ce sont ceux de Jansen et de Politzer.

Le premier mourut de broncho-pneumonie 9 mois après, et le second 3 ans plus tard n'avait pas de récurrence.

Il nous semble donc, que l'on devra autant que possible tenter l'opération, si les limites du cancer ne sont pas trop étendues et malgré le peu de chance d'obtenir un résultat positif.

OBSERVATIONS

Observation I (Service de M. SÉBILEAU).

D..., Emile, 54 ans, homme de peine.

Entré le 26 décembre 1910.

Sorti le 9 mars 1911.

Décédé août 1911.

Antécédents héréditaires et personnels : 0.

Vient consulter pour des douleurs de l'oreille droite ressenties depuis plusieurs mois. Depuis 1 mois l'oreille coule.

A l'examen on constate que l'entrée du conduit est tuméfiée, surtout à sa partie supérieure.

L'interne qui examine l'oreille pense aussitôt à un furoncle. Il fait une incision et le malade retourne chez lui.

Le lendemain aucune amélioration, nouvelle incision toujours sans pus, les douleurs sont très vives. Le jour suivant aucune modification, conduit douloureux dans la moitié externe, moins tuméfié mais rouge, sanguinolent, un peu granuleux. L'atrésie du conduit empêche tout examen du tympan. Au bout de 2 semaines on voit apparaître l'épaississement du tragus dans sa partie profonde. La pression réveille de vives douleurs de la région prétragienne ; on note au niveau de la mastoïde un petit ganglion.

L'âge du malade, sa fatigue, un commencement d'affaiblissement général coïncidant avec la longueur de l'affection font penser à un néoplasme possible.

On fait une biopsie et l'examen histologique, fait par M. André démontre que la tumeur est de nature épithéliale (le résumé de l'examen histologique est reporté à la fin de l'observation).

Le malade rentre alors dans le service. Les douleurs sont beaucoup plus vives et l'état général mauvais. Tuméfaction de la région pré-auriculaire très nette. Pavillon tuméfié. Adénite mastoïdienne plus marquée.

Opération (M. Sébilean). — Incision pré-auriculaire, jusqu'à atteinte de l'articulation temporo-maxillaire qui se trouve ouverte, ainsi que la partie de la région temporale qui est mise à nu.

A ce moment section des filets de l'auriculo-temporal et d'une grosse artère.

Le conduit auditif externe nettoyé, cureté, on constate un envahissement plus profond qu'on ne le supposait. Destruction de la membrane tympanique et envahissement de la caisse.

En arrière, le pavillon est décollé, la région mastoïdienne mise à nu ; les ganglions hypertrophiés excisés. Le lobule qui commençait à être envahi est aussi excisé. Reconstitution dans la mesure du possible des téguments et du pavillon. Pansement à plat.

Au début la plaie semble se combler et se cicatriser (une paralysie faciale est apparue après l'opération).

Au bout de quelque temps, des granulations réapparaissent et envahissent progressivement toute la surface de la plaie opératoire.

La récurrence complète se manifeste.

Le malade sort et vient se faire panser tous les 2 jours.

Applications de chlorure de zinc au 1/10.

La cachexie devient de plus en plus marquée et le malade est obligé de rentrer.

Le pavillon est complètement nécrosé, la mastoïde est mise à nu, l'articulation temporale est envahie de telle sorte que le malade ouvre difficilement la bouche.

Il meurt en août 1911.

En résumé, épithélioma du conduit auditif externe intéressant par son début assez aigu en bon état général et sa marche extrêmement rapide.

EXAMEN HISTOLOGIQUE (M. le Dr André). — Il s'agit d'un *épithélioma spino-cellulaire* offrant cette particularité remarquable que sur la presque totalité des coupes, il se distribue en très minces tubulures, en pointes effilées, anastomosées les unes avec les autres

où se distribuent irrégulièrement dans un stroma conjonctif, sur lequel nous allons revenir.

Cette disposition est tellement caractéristique qu'à un faible grossissement on porte tout d'abord le diagnostic d'épithélioma baso-cellulaire ; mais à un plus fort grossissement on s'aperçoit que les cellules qui composent les tubulures appartiennent à la variété épineuse (variété malpighienne). Sur une autre partie des coupes, on trouve à côté de ces tubulures rappelant par leur disposition et leur minceur l'épithélioma baso-cellulaire, de *gros lobes* manifestement *spino-cellulaires* et contenant de gros *globes cornés* caractéristiques. Le stroma conjonctif intermédiaire est sur certains points formé par des fibres de collagène adultes ; mais en de nombreux points, il montre une structure tout à fait jeune, lâche, muqueuse, riche en cellules conjonctives étoilées avec pointes d'accroissement. C'est vraisemblablement à cette structure muqueuse embryonnaire du tissu conjonctif qu'est due la dissémination de l'épithélioma sous forme de ces multiples petites tubulures. Par place dans le tissu conjonctif infiltration de nombreux plasmazellen. Au fond gros et nombreuses karyokynèses dans les cellules épithéliomateuses. Nombreux capillaires jeunes, manifestement dilatés et gorgés de globules rouges.

Observation II (Service de M. SÉBILEAU).

Femme âgée de 54 ans.

Entrée à l'hôpital Lariboisière : août 1910. Décédée : fév. 1911.

Il s'agit d'une malade présentant un écoulement abondant de l'oreille gauche.

Ouverture depuis quelques semaines derrière l'oreille d'un abcès par lequel coule du pus fétide. Depuis ce moment douleurs violentes dans la moitié correspondante de la tête.

A l'examen, pus fétide dans le conduit qui est tuméfié et atrésié. Au niveau de la ponction des parties membraneuses et osseuses on aperçoit sur la paroi postérieure un orifice qui communique, semble-t-il, avec la mastoïde.

Examen de la mastoïde : vers le milieu de la pointe, fistule à bords irréguliers dans laquelle s'enfonce profondément le stylet sans qu'on sente de plans résistants et en particulier de l'os (Exploration très douloureuse). Au-dessous de la région prétragienne, gros ganglions durs.

Diagnostic hésitant. On pense à la production d'une mastoïdite chronique, bien que la présence d'un ganglion ne fit pas admettre sans réserve ce diagnostic.

Le ganglion fut alors mis sur le compte de l'affection du conduit, la malade ne présentant aucun des symptômes caractéristiques du cancer.

Opération radicale, le 2 août 1910, par M. le Dr Baldenweck. — On trouve une mastoïde réduite à une coque osseuse mince et friable remplacée par des fongosités peu saignantes.

Nulle part ailleurs on ne sent l'os et la région mastoïdienne ainsi limitée en dehors par la corticale fistulisée et partout ailleurs, aussi bien en dedans qu'en arrière, par la dure-mère est intacte en apparence.

Entre l'os et la membrane il y avait de nombreux bourgeons charnus. On se contente alors d'enlever ceux-ci et l'opération fut arrêtée là.

Le diagnostic s'imposait alors : confirmé par l'histologie d'un fragment recueilli en plein centre de la mastoïde. Epithélioma pavimenteux typique.

Il y avait donc là un envahissement de la mastoïde par un cancer du conduit auditif ayant perforé rapidement la paroi postérieure.

Ce qui est remarquable, c'est le peu d'étendue du cancer dans le conduit dont le point de départ semble avoir été à la jonction des parties osseuses et membraneuses et se serait développé immédiatement en arrière, détruisant la mastoïde jusqu'à la dure-mère respectée en apparence.

Evolution. — Après l'opération, pendant quelque temps plaie opératoire d'aspect satisfaisant : cependant les douleurs persistent violentes, empêchant la malade de dormir.

Rapidement écoulement sanieux de la plaie extrêmement fétide. Les ganglions prétragiens augmentent de volume

Elle sort alors de l'hôpital et revient à intervalles irréguliers et l'état s'aggrave considérablement.

Douleurs de plus en plus violentes, écoulement très fétide et paralysie faciale complète. Envahissement du conduit, du reste de la mastoïde et des parties avoisinantes. Toutes ces régions étaient envahies par des masses sales et horriblement fétides.

Le néoplasme continue à évoluer. La cachexie s'établit et la malade mourut en février 1911.

Observation III (Service de M. LOMBARD).

Homme M. J. . . , 46 ans. Entre le 21 août 1911. Vient consulter pour insuffisance respiratoire nasale et bourdonnements légers de l'oreille droite.

Examen. — Oreille droite : cérumen, ablation.

Examinant l'oreille gauche bien qu'il ne s'en plaigne pas, nous constatons une petite tumeur située à la partie externe du conduit. Cette tumeur, de la grosseur d'un pois hémisphérique soulevant la peau du conduit, ne présente ni rougeur, ni ulcération. Elle est dure, adhérente à l'épiderme et au plan profond et peu mobile. Pas d'écoulement antérieur.

Ablation de la tumeur à la curette. Cicatrisation rapide.

Revient cinq jours après en très bon état. On ne constate aucun ganglion.

HISTOLOGIE. — Dans la partie la plus supérieure du derme se montre une série de petits amas de cellules épithéliales groupés en lobules bien séparés par un tissu conjonctif adulte où l'on ne trouve pas trace d'inflammation jeune ou de sclérose. De la face profonde de ces lobules partent un grand nombre de tubes épithéliaux qui infiltrent de manière diffuse tout le derme jusqu'aux culs-de-sac des glandes sudoripares. Les cellules néoplasiques sont petites, à noyaux aplatis ou ovalaires souvent orientées autour des fentes lymphatiques et des vaisseaux.

Les coupes en série n'ont pas montré de points de pénétration de l'épiderme par effraction de la basale, ni de prolifération au niveau des culs-de-sac sébacés ou sudoripares.

Mais les caractères morphologiques des cellules, leur disposition en petites lobules sous-épidermiques indiquent qu'il s'agit d'un épithélium atypique développé sur un naevus non pigmentaire, non dégénéré.

Observation IV (1) (Service de M. SÉBILEAU).

Femme âgée de 60 ans environ.

Aspect vieux, sans signe de cachexie, ni de débilitation. Entre pour douleurs rétro-auriculaires vives.

Examen. — Conduit et oreille : rien d'anormal.

Mastoïde tuméfiée avec débordement de cette tuméfaction vers la région temporale.

Il ne s'agit pas là d'une collection suppurée.

L'os est comme soufflé en masse, la peau adhérente à l'os ne s'en détache pas en essayant de la soulever, se plisse, « peau d'orange », de plus coloration anormale, pâle, blafarde. Veinosités.

Point intéressant à noter : la malade porte au niveau du sein une cicatrice résultant d'une intervention plusieurs années avant.

On n'a pu avoir aucun renseignement à cet égard.

Observation V (Service de M. SÉBILEAU, communiquée par M. BALDENWECK).

R. . . , menuisier, 30 ans. Entre le 9 février 1908.

Réaction du conduit auditif externe simulant un épithélioma.

Écoulement oreille droite depuis six mois. Jamais de douleurs antérieures. Est entré à Necker pour ces douleurs extrêmement violentes comparées à un coup de canif. Vertiges.

Antécédents héréditaires et personnels : 0.

Examiné le 18 décembre 1907, méat gauche fermé, pus verdâtre abondant. Atrésie complète. Pas de douleurs mastoïdiennes, douleurs

(1) Nous avons rapporté cette observation (d'ailleurs incomplète), qui nous a paru remarquable par le siège du cancer métastatique.

spontanées au fond de l'oreille. Pas de vertiges. Epreuves nystagmiques négatives.

Quelque temps après, élargissement léger du conduit. On voit alors dans la partie postéro-inférieure du méat, une masse nettement en saillie, non ulcérée ; pas de douleur à la mastoïde, pas de paralysie faciale. Réserves sur le diagnostic. M. Sébilleau pense à une irritation chronique ; il conseille mèches de nitrate argent.

La tuméfaction diminue et le conduit s'élargit.

Sort guéri. Revu deux ans plus tard en bon état.

Observation VI (LUCÉ. Vollständige Heilung eines Falles vom primären Carcinom des Gehörorgans. *Arch. für Ohr.*, t. 74. Festschrift Schwartz) (Traduction littérale).

Sous ce titre, j'ai publié en 1887, dans le numéro de novembre de *Therapeutische Monatshefte*, le cas d'un *malade de 31 ans, maçon*, entré dans ma clinique de novembre 1880 à février 1884. Il s'agissait d'un cancroïde du conduit et de la membrane tympanique avec otite moyenne suppurée. Ce cancroïde avait récidivé après chaque tentative opératoire, tandis que l'application de poudre de Sabine et d'alumine amena la cessation des douleurs, de la croissance de la tumeur, puis finalement la guérison complète et le recouvrement de l'audition fortement diminuée.

Je résume brièvement l'histoire de ce malade.

Antécédents héréditaires. — Tante paternelle morte d'un « cancer du ventre ».

Six mois auparavant, le malade avait eu une hémorragie par l'oreille droite et plus tard avait remarqué une tumeur de l'oreille. La naissance de cette tumeur, très douloureuse, n'avait pu être arrêtée, ni par les cautérisations, ni par l'ablation à la curette.

Lors de l'entrée du malade, le conduit auriculaire externe était rempli d'une tumeur rouge pâle « polypeuse », très douloureuse au contact. Suppuration fétide, infecte. Engorgement modéré des ganglions rétro-auriculaires. Les régions rétro, sous et pré-auriculaires sont très douloureuses. Voix chuchotée seulement au contact.

On enlève à la curette un fragment de la tumeur gros comme un pois, et l'examen histologique fait par M. Carl Friedlander, montre qu'il s'agissait d'un cas rare typique de cancroïde avec nombreux globes cornés. Il faut noter un fait tout à fait caractéristique que la tumeur récidiva après une courte cessation des douleurs.

Tel était le cas, lorsque fin 1880, un fragment fut de nouveau extirpé avec un résultat histologique identique.

En conséquence, je m'abstins de toute tentative opératoire nouvelle, et me bornai contre la fétidité à des injections d'acide chlorhydrique très étendu et ordonnai la poudre ci-dessus, puis le malade continua lui-même chez lui.

Comme il fut bientôt en état de travailler, il ne l'appliqua pas très régulièrement. La tumeur reprit alors.

Enfin, le traitement fut suivi énergiquement, et, au début de 1884, il y eut guérison complète avec cicatrisation de la perforation tympanique. En 1887, après 3 ans d'observation, j'étais en droit de publier ce cas comme complètement guéri.

Dans la critique de mon observation, unique de guérison de cancer de l'oreille, j'insistais sur ce fait que la suppuration initiale commune à tous les cas analogues, n'existait que depuis 6 mois, que la tumeur était restée limitée au conduit et à la membrane, sans participation de l'oreille moyenne, et avant tout, sur ce que l'os n'avait pas été atteint et qu'il n'était pas survenu de paralysie faciale, alors que ce dernier symptôme n'avait jamais manqué dans les cas mortels observés jusqu'alors.

Le hasard voulut qu'en avril 1894, le malade se trouvant bien et entendant bien, put de nouveau être examiné.

Nous découvrîmes alors une récurrence commençante de la tumeur sous forme d'une excroissance petite, légèrement saignante au stylet, venant de la partie antérieure du conduit. Rien d'anormal au tympan sous la cicatrice.

Vu le fait qu'autrefois chaque tentative opératoire avait accéléré la marche de la tumeur, les moyens antérieurs furent repris et amenèrent la guérison complète en 15 jours. Le malade revint 3 fois à la clinique à fin de contrôle. Fin de décembre 1906, il

écrivit une lettre de remerciements, disant qu'il allait bien et se proposait pour un nouvel examen.

L'ablation d'un cérumen lui rendit alors l'audition supprimée et on ne constata rien d'anormal, à part une partie blanche du tympan. Etat que je pus constater le 23 juin 1907.

Observation VII. (LEIDLER. Das Mittelohrkarcinom im Lichte moderner Krebsforschung (Le cancer de l'oreille moyenne à la lumière des vues modernes). *Arch. f. Ohr.*, t. 77, p. 177 (Traduction littéraire).

I. — Femme de 46 ans, entrée le 5 décembre 1907.

Diagnostic. — Otite moyenne suppurée chronique droite, carcinome de l'oreille droite et paralysie faciale droite.

Antécédents personnels. — Otorrhée depuis l'âge de 10 ans, jamais traitée. En juillet 1907, douleurs extrêmement violentes, paralysie faciale, légères otorrhagies, jamais de céphalée ni de vertiges.

Actuellement. — Malade maigre, anémique. Organes en bon état par ailleurs.

Oreille gauche. — Tympan trouble.

Oreille droite. — Polypes en grappes, remplissant le conduit, exulcérés, légèrement durs et légèrement saignants. Entre eux, un peu de pus fétide. Rien d'autre n'est visible.

Ganglions sous et rétro-auriculaires et de la région sous-maxillaire droite.

Epreuves d'audition. — Surdité complète de l'oreille droite.

Nystagmus spontané. — Léger des deux côtés :

horizontal à droite dans le regard à droite.

Nystagmus rotatoire à gauche dans le regard à gauche.

Nystagmus calorique (froid). — Rien à droite.

— — — Normal à gauche.

Nystagmus rotatoire. — Vers la droite : 7".

— — — Vers la gauche : 17".

Biopsie. — Epithélioma pavimenteux typique.

Opération. — 1° Extirpation des ganglions sous-maxillaires, et réunion par première intention ;

2° *Ablation de la tumeur.* — Incision rétro-auriculaire, décollement du conduit, évidement de la tumeur très saignante, ayant envahi la plus grande partie du conduit et toutes les cavités de l'oreille moyenne, ainsi que la mastoïde. Séquestre à ce niveau, puis en arrière le néoplasme s'étend jusqu'au sinus, en haut, jusqu'à la dure-mère.

Il ne semble pas qu'il y ait de prolongement sur le cerveau. D'autre part, le cancer a envahi la paroi interne de la caisse et tout le limaçon. Il s'étend ainsi vers la carotide et vers les muscles sterno-mastoïdien et digastrique qui sont comprimés.

Envahissement du facial à sa sortie du trou stylo-mastoïdien.

Ablation aussi large que possible en tissu sain, avec ouverture du labyrinthe, d'ailleurs sain en apparence.

L'examen des ganglions les montre légèrement enflammés, mais non cancéreux.

La malade se rétablit, mais récidive 4 semaines après. *Douleurs violentes. Cachexie.* Morte en août 1908.

Observation VIII. (LEIDLER, *ibid.*)

Jeune homme de 19 ans. Entré le 7 septembre 1906.

Diagnostic. — Cancer épithélial de l'oreille gauche.

Antécédents. — Rien, à part un lupus de la face à gauche, actuellement guéri.

Otorrhée gauche guérie depuis 15 ans.

En mai de cette année, douleurs violentes de l'oreille gauche et hémorragies. Abscès rétro-auriculaire ouvert chez lui. Puis les douleurs persistent et la tuméfaction s'ouvrit à nouveau.

Le 25 août, brusquement, violents vertiges et les jours suivants, paralysie faciale gauche.

Etat actuel. — A droite, otite moyenne très légère, avec perforation antéro-inférieure ; à gauche, pavillon refoulé en avant. Tumeur rétro-auriculaire, hémisphérique, du volume d'un poing

d'enfant. 3 fistules purulentes, fétides et remplies de granulations sanguinolentes. A l'exploration : os rugueux. Entrée du méat agrandie. Conduit ulcéré et envahi par des masses sanguinolentes, fétides. Au stylet, on sent le promontoire rugueux.

Les épreuves montrent une très forte diminution de l'audition à gauche.

Nystagmus spontané à gauche. — Horizontal dans le regard à gauche.

Nystagmus calorique. — Négatif.

Biopsie. — Epithélioma pavimenteux typique.

Pendant son séjour à la clinique, vertiges et céphalée.

Opération le 15 septembre. — On constate l'envahissement d'une grande partie de l'écaille et d'une partie du rocher. Dure-mère des deux étages épaissie et brunâtre. Usure du canal horizontal.

La tumeur se prolonge dans la trompe, dont les parties molles peuvent être enlevées à la curette.

La paroi antérieure du conduit est détruite également et l'articulation temporo-maxillaire est mise à nu.

Opération radicale. Masses cancéreuses remplissant la caisse.

Consécutivement. — Douleurs persistantes. Sécrétion fétide de la plaie ; par ailleurs en bon état.

2 novembre. — Le malade demande à rentrer chez lui.

Observation IX. (LEIDLER, *ibid.*)

Femme de 46 ans, entrée le 7 janvier 1908.

Diagnostic. — Cancer épithélial de l'oreille droite, consécutif à une otite moyenne suppurée chronique droite.

Antécédents. — Otorrhée depuis 10 ans. Deux ans après, surdité brusque et pus fétide. Depuis deux ans, douleurs vives au niveau de la mastoïde, sans tuméfaction. A la clinique Zaufal, on lui fait un évidement (22 août 1906), puis une deuxième et une troisième intervention (20 oct. 1906 — 26 mars 1907), la plaie d'évidement s'étant recouverte de granulations récidivantes, en même temps qu'apparaissaient des douleurs, de la névralgie des deux branches

inférieures du trijumeau, de la parésie faciale. La dure-mère est recouverte de masses granuleuses et le rocher est rugueux.

L'examen histologique montre de l'épithélioma pavimenteux typique. Amaigrissement : 34 kilos.

Actuellement. — Femme cachectique et pâle. Le tiers supérieur de l'ancienne plaie présente des masses sanguinolentes, charnues, leur examen montre de l'épithélioma pavimenteux typique. Conduit large, mais rétréci, en entonnoir dans la profondeur.

A cet endroit, se trouvent des granulations sanguinolentes et du pus fétide, enclavé de sang. *La moitié droite du voile du palais est tendue, immobile et bombée, dure au toucher.* Il en est de même pour la partie correspondante du pharynx, mais l'ouverture tubaire paraît normale.

Epreuves d'audition. — Signes d'oto-sclérose à gauche.

A droite, diminution très forte du diapason.

Nystagmus spontané. — Des deux côtés, plus fort à gauche. Pas de troubles de l'équilibre.

Nystagmus calorique. — Nul à droite, normal à gauche.

Nystagmus rotatoire. — Vers la gauche, typique en 6".

— — — Vers la droite, typique en 13".

Température normale. Bon appétit. Sommeil troublé par les douleurs.

Traitement conservateur pendant plusieurs semaines. Après quoi la malade rentre chez elle.

CONCLUSIONS

En résumé, nous pouvons dire que les cancers de l'oreille sont extrêmement rares, qu'ils ne surviennent guère avant 40 ans et que le sexe n'a aucune influence.

Pour les cancers du pavillon, l'étiologie est très diverse (verruës, nævi, hématomes, lupus), elle est souvent inconnue ; pour ceux du conduit, l'otorrhée chronique et l'eczéma sont les deux seuls facteurs importants. Pour l'oreille moyenne, l'otorrhée chronique ne fait jamais défaut.

Histologiquement, on trouve au pavillon et dans la portion externe du conduit presque toutes les tumeurs malignes de la peau, mais surtout l'épithélioma pavimenteux et le sarcome.

Dans l'oreille moyenne, on ne rencontre guère que l'épithélioma pavimenteux, rarement le sarcome. Une seule fois l'épithélioma cylindrique a été signalé.

La douleur peut faire défaut dans le cancer du pavillon, mais presque jamais dans celui de l'oreille moyenne, où elle existe toujours tôt ou tard.

Dans les tumeurs de l'oreille moyenne, quatre grands symptômes prédominent . *douleur, écoulement, paralysie faciale, cachexie.*

Les ganglions existent dans presque tous les cas, mais sont souvent de nature inflammatoire. On trouve rarement des métastases ganglionnaires. Alors que l'évolution des cancers du pavillon et de l'entrée du conduit est relativement bénigne et lente, celle des tumeurs de l'oreille moyenne est rapide et le pronostic en est toujours fatal.

Le diagnostic, généralement facile pour les néoplasies du pavillon et de la première portion du conduit auditif externe, est souvent plus difficile pour le conduit osseux et pour l'oreille moyenne.

Dans tous les cas, l'histologie rend de grands services. Les épreuves nystagmiques ont aussi une importance de premier ordre pour nous renseigner sur l'état d'intégrité de l'oreille interne.

Le traitement chirurgical peut arrêter l'évolution des tumeurs du pavillon et du conduit dans sa portion externe ; s'il s'agit de l'oreille moyenne, l'intervention opératoire ne pourra tout au plus qu'amener une diminution dans l'acuité des douleurs atroces ressenties par le porteur de cette affection toujours fatale.

Néanmoins, si les résultats n'ont pas été très encourageants jusqu'à présent, il faut espérer cependant qu'un diagnostic précoce et les perfectionnements de la technique opératoire amélioreront le pronostic.

BIBLIOGRAPHIE

- ation des polypes en sarcome. *Archives internationales de*
XVI.
- all von Sarcoma Auris modicæ *Ugeschrift für Läger*, 1908,
ir Ohren., t. LXXVIII, p. 163.
- medicin. Wochenschrift*, 2 juin 1903. An in. *Archiv. laryng.*,
n. 297.
- für klin. Chirurgie*, t. X, p. 67.
- zur pathol. Anatomie des Gehörorgans. *Zeitschrift für Ohren.*,
p. 94.
- Elephantiasis des Ohrmuskels. *Berlin. otol. Gesellsch.* (4 nov.
n. *A. f. Ohr.*, t. LXXXIV, p. 194.
- ction of the American otol. Society, XXII, Annual meeting,
1889.
- , sarcome, myéloplaxe de l'oreille externe. *Archives inter-*
3, t. III, suppl., p. 1046.
- ioma de l'oreille moyenne. *Société otol. de Londres*, 1902.
ngol., t. XVII, n° 3, p. 948.
- e cyste des Ohrläppchens. *Rapport du X^e congrès O. R. L.*
36. *Archiv für Ohren.*, t. LXXV, p. 125.
- d'épithélioma du conduit auditif externe, de la cavité tympa-
astoïde. *Brookl. med. Journ.*, avril 1905.
- cas de carcinome ayant envahi la surface interne du lobe
ïdal et du cerveau. *Arch. int. de laryngologie*, 1904, t. XVII,
- handlung der Erkrankungen des äusseren Ohres. Klinischer
e 1906, *Deutsch. med. Wochenschrift*, n° 47, p. 1911 et n° 48,
- n. *Arch. int. de laryngologie*, 1904, t. XVII, n° 3, p. 948.
ericht über das Jahr 1905.
- l'hépithélioma primitif du conduit auditif. *Arch. int. laryng.*,
- g. Discussion sur le cas de sarcome rapporté par Lebrowsky.
., t. LXXX, p. 456.

Jansen. *Verhandlung d. deutsch. otol. Gesellschaft*, 1897, S. 268.

Karrer. Epithélioma de la caisse et du pavillon in *C. R. de Gesellschaft Thuryng.*, 8 déc. 1906, ou *A. f. O.*, 71, p. 131.

Komityko. *Arch. für Ohren.*, B. 1 et 2 heft, p. 1-6. Anal. in *Arch. int. laryngologie*, 1904, t. XVII, n° 1, p. 283.

Kraft. *Endothéliome du pavillon.* Thèse de Strasbourg, avril 1905.

Kretschmann. Über Carcinom des Schläfenbeines (cancer de l'os frontal). *Arch. für Ohrenheilk.*, t. XXIV, 1887.

Langes. Cas de carcinome à cellules cylindriques, à formes primitives de l'oreille moyenne. *Zeitsch. f. Ohr.*, XLVI, t. III, 1904. An. in *Arch. int. laryng.*, t. XVIII, n° 6, p. 1023.

Leidler. Das Mittelohrkarzinom im Lichte moderner Krebsforschung. *Arch. für Ohren.*, t. LXXVII, p. 177.

Lucæ. Vollständige Heilung eines Falles vom primären Carcinom des Gehörorgans. *Arch. für Ohren.*, t. LXXIV, *Festschrift Schwartz*, p. 6.

Mahler. Über Ohrenkrebs (*Ugeschrift for Läger*) 1906, p. 35-36]. An. in *Archiv für Ohren.*, t. LXXII, p. 316.

Manasse. Pathologisch-anatom. Demonstrationen : *Verhandlung d. deutsche. otol. Gesellschaft*, 1897, p. 60.

Masson. Thèse de Paris, 26 nov. 1903, n° 53. Anal. in *Arch. int. laryng.*, t. XVII, n° 2, p. 644.

Mathewson. Refer. b. KRETSCHMANN. *Arch. f. Ohrenheilk.*, t. XXIV, 1887, p. 239.

Mauclaire. Epithélioma du lobule de l'oreille. *Société anatom.*, 30 déc. 1904.

Milligan. Sarcome de l'oreille moyenne avec propagation au cerveau chez un enfant de 2 ans 1/2. *Arch. int. laryngol.*, t. XVII, n° 3, p. 948.

Nager. Ein Fall von Karzinom des Gehörorgans. *Zeitschrift f. Ohren.*, t. LIII, f. 2, p. 150, 1907.

Permewace. Transformation de polypes en sarcome. *Arch. int. laryngol.* t. XVII, n° 3, p. 948.

Politzer. *Revue hebdomadaire de laryngologie*, Bd 24 II, 1904, p. 794.

- Rüttin.** Carcinome de l'oreille moyenne et du pavillon. *Soc. autrich. otol.* oct. 1900. *C. R. Arch. für Ohr.*, t. LXXXIV, p. 185.
- Schwartze.** *Handbuch der Ohrenheilk.*, B. 2, S. 610.
- Senff.** *Zwei Fälle von Tumoren des Ohrmuskels.* Thèse de Berlin, 1908.
- Stokel-Walker.** Angiosarcome (enfant 7 ans) des cavités mastoïdiennes. *Arch. int. laryng.*, t. XVII, n° 3, p. 948.
- Treitel.** Über das Carcinom des Ohres. *Zeitschrift für Ohren.*, B. 33, 1898, S. 152.
- Urbantschitsch.** Angiosarcome de l'oreille moyenne. *Soc. autr. d'otol.*, avril, 1909. *C. R. Arch. für Ohr.*, t. LXXX, p. 145. Elephantiasis des Ohrmuskels. An. in *Arch. für Ohr.*, t. LXXXIV, p. 179.
- Vali.** Deux cas de cancer de la conque. *Arch. für Ohren.*, B. 31, 1891, p. 173.
- Vigano.** Sur les polypes de l'oreille. *Pratica oto-rino-laryngol.*, 2, 1985.
- Weissberger.** Carcinom am Ohr. (pavillon et conduit). Thèse de Munich, 1908. An. in *Arch. f. Ohr.*, t. LXXX, p. 162.
- Zébrowsky.** Sarkome des Mittelohres *Gazeta Lekarska*, 34, 1908. *Arch. für Ohr.*, t. LXXX, p. 156.
- Zéroni.** Sur le carcinome de l'organe auditif. *Arch. für Ohr.*, 48 B., 3^e et 4^e fascicules.
- Ziegra.** Mittelohrsarkome. *Berliner otol. Gesellsch.*, 12 fév. 1909. An. in *Arch. für Ohr.*, t. LXXXII, p. 281.

Vu :

Le Président de la thèse,
HARTMANN.

Vu :
Le Doyen,
LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD.

